Was sagt der Patient, das mich an Rheuma denken lässt?

- „ich habe Rheuma"; CAVE: med. Definition vs. Volksmund
- Bei allen "**atypischen** Gelenkbeschwerden", d.h. nicht „typische Abnutzungsbeschwerden", sondern eher
  - **kleine Gelenke** betroffen,
  - eher **symmetrisch**,
  - wird **mit Belastung besser**,
  - **kein Auslöser** erinnerlich
- **Morgensteifigkeit**
- Nachtschmerz
- Hohes Krankheitsgefühl
- **kälteempfindlich**
- Gelenke rot, geschwollen
- Bei mittelalten Patienten (25 – 60 Jahre)
- Positive Familienanamnese
- Laut Herold: B-Symptomatik und HWS betroffen

Welche Diagnostik kann ich zielführend in der Hausarztpraxis machen?

Am besten strukturierte Fragebögen nutzen: „Praxis-Fragebogen Rheumatoide Arthritis" oder ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der rheumatoiden Arthritis von 2010

side fact: *ACR* steht für *American College of Rheumatology*, das früher *American Rheumatism Association* (*ARA*)

Anamnese (inkl. erlebter Anamnese)

- Gelenke: Welche (groß vs. klein)? **Wie viele**?
- Morgensteifigkeit **>30min**?
- Evtl. längere Krankheitsgeschichte: **Altdiagnosen** durchsehen bzw. Pat gibt an, „mal was komisches gehabt" zu haben

Körperliche Untersuchung

- Gelenke mit **Entzündungszeichen**: rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa
  CAVE: insb. Steifigkeit liegt häufig zum Untersuchungszeitpunkt nicht vor, da falsche Uhrzeit
- **Gaenslen**-Zeichen positiv?
- **Extraartikuläre** Manifestationen

Ultraschall der betroffenen Gelenke

- Gelenkergüsse? Synoviale Proliferation? Tenovaginitiden? Erosionen?
- Auffälligkeiten früher als in Rö/MRT sichtbar?

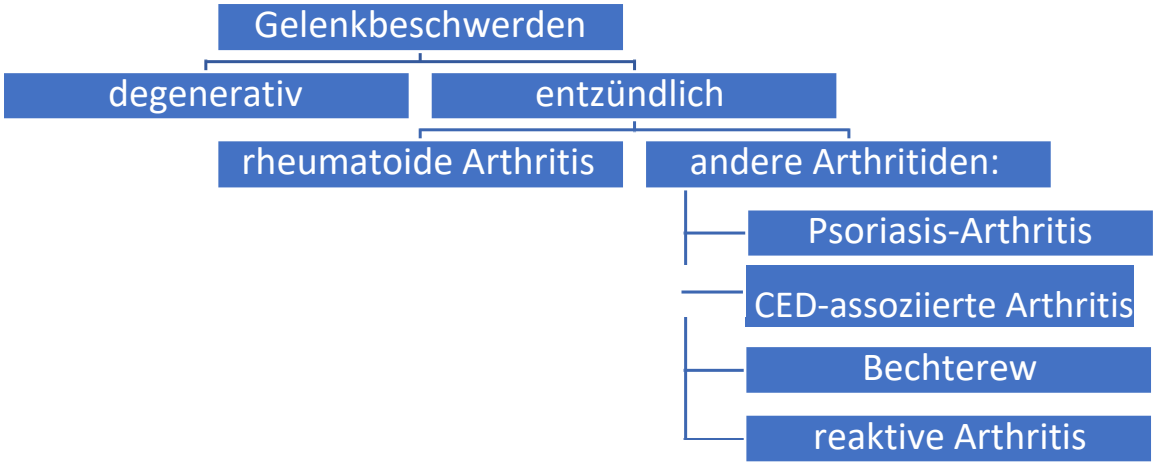
Labor

CRP + BSG	unspezifische Entzündungswerte
RF	Sensitivität 65-80% Spezifität ca. 80% (auch positiv bei Kollagenosen, Virushepatitis, Malignome und (selten + niedrig) bei Normalpersonen)
Anti-CCP	hochspezifisch (>95%) gleich sensitiv wie RF. Kann schon vor klinischer Manifestation einer RA positiv sein und ist bei Vorliegen einer frühen Arthritis hoch-prädiktiv für einen chronischen und prädiktiv für einen erosiven Verlauf.
ANA	differentialdiagnostischer Hinweis für Kollagenosen, schwach positiv auch bei RA oder Normalpersonen
ANCA	differentialdiagnostischer Hinweis für Vaskulitiden
HLA B27	differentialdiagnostischer Hinweis für Spondyloarthritiden

Röntgen/MRT

- Bei klinischem Vd. a. eine RA: dorsovolare Aufnahmen (ggf. Schrägaufnahmen) von beiden Händen und Füßen als Ausgangsbefund **für weitere Verlaufsbeurteilung** (Ind. durch FA?).
- Im KH: Röntgen der Hand als Standarddiagnostik. CAVE: Veränd. erst im Verlauf sichtbar.

Wie strukturiere ich meine differentialdiagnostischen Überlegungen?



Abklärung in Zusammenschau von Anamnese, KU, Labordiagnostik und Bildgebung.

Wann muss der Patient zum Rheumatologen?

- Endgültige Diagnosestellung bei rheumatoidem Fromenkreis schwierig, da z.B. unauffällige Laborkonstellation bei Gesunden und seronegativer Rheumatoider Arthritis vorliegen kann.
- Daher als HA Diagnostik nutzen für die Entscheidung „zum Rheumatologen schicken oder nicht“.
- **Überweisung an Rheumatologen, wenn:**
  - **Mehr als 2 Gelenke seit ≥ 6 Wochen**
  - **Polyartikuläres, symmetrisches Verteilungsmuster**
  - **Erhöhte BSG, erhöhtes CRP, RF nachgewiesen und/oder CCP-Antikörper nachgewiesen**
- Gute Kollegen im Einzugsgebiet: Dr. Kirchstetter, Dr. Eder

Wer führt die Therapie durch?

- Therapie grundsätzlich durch HA durchführbar
- Teure, komplikationsträchtige Biologika (wie z.B. TNF-α-Blocker) besser durch Rheumatologen

Anhang: *Praxis-Fragebogen zu rheumatoider Arthritis* (hinterlegt bei Patient „Übergabe, Franz“)

Ziel (laut Leitlinien): Bei rheumatoider Arthritis krankheitsmodifizierende Therapiebeginn innerhalb von 3 Monaten

Anamnese:

- **Gelenkschmerzen:**
- Wo?
- Wie viele?
- Verteilungsmuster?
- Wann?
- Seit Wann?

- **Gelenksteifigkeit**
- Dauer?
- Wann?

- **Verhalten von Schwellung/Erguss bei Entlastung?**

- **Allgemeines Krankheitsgefühl bis hin zu subfebrilen Temperaturen?**

- **Sturz?**

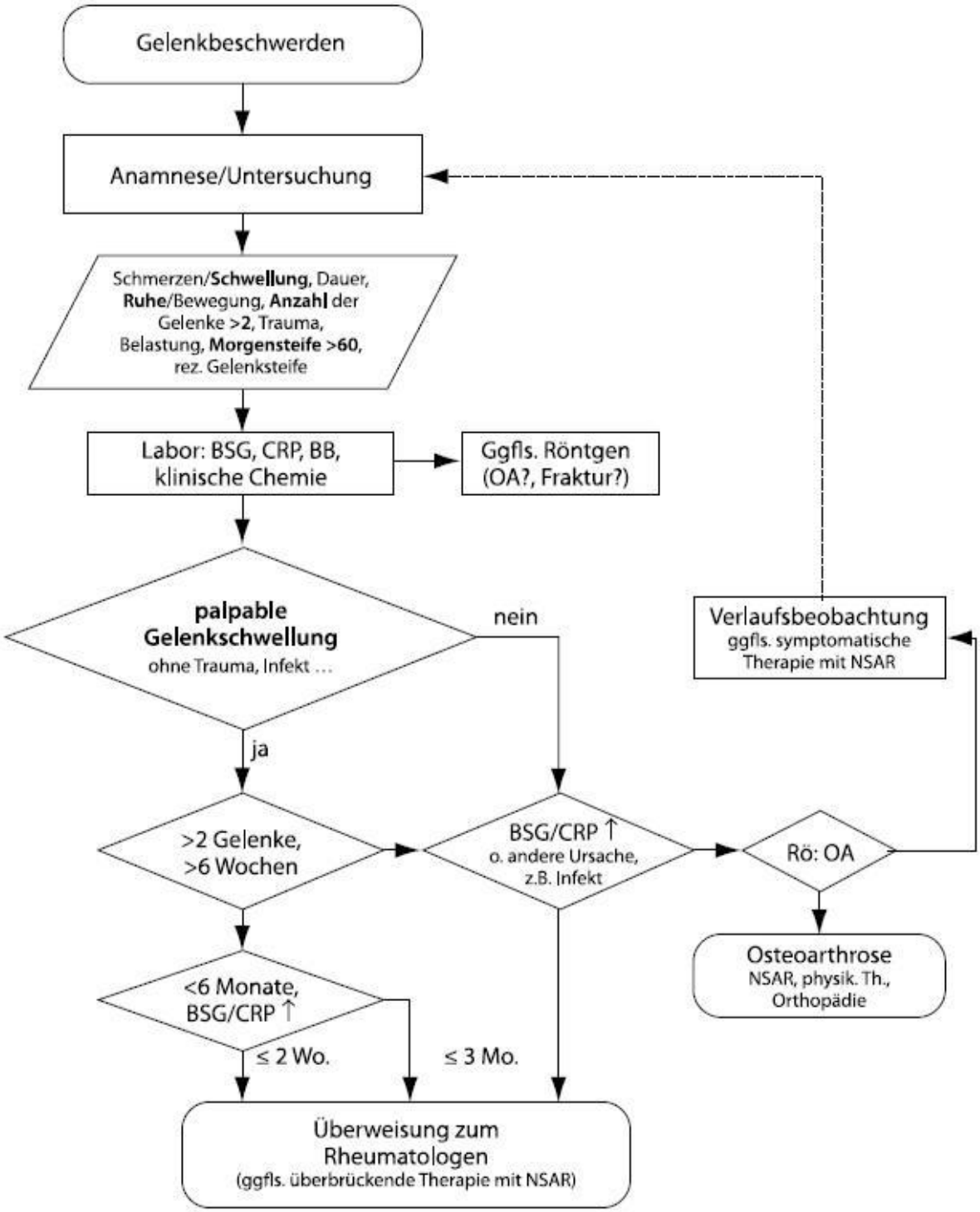
- **Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie…**
- …Schuppenflechte bekannt?
- …entzündliche Darmerkrankungen bekannt?
- …häufige Kreuzschmerzen vor dem 40. Lebensjahr bekannt?

Körperliche Untersuchung

- Schwellung:
- Gaensler-Zeichen (Querdruckschmerz)
- Extraartikuläre Manifestationen

Überweisung an Facharzt wenn:

- Mehr als 2 betroffene Gelenke seit ≥6 Wochen
- polyartikuläres symmetrisches Verteilungsmuster
- Erhöhte BSG, erhöhtes CRP, Nachweis von Rheumafaktoren und/oder Nachweis von **Antikörpern gegen cyclische citrullinierte Peptide/Proteine** (ACPA).


Gelenkbeschwerden
Anamnese/Untersuchung
Schmerzen/Schwellung, Dauer, Ruhe/Bewegung, Anzahl der Gelenke >2, Trauma, Belastung, Morgensteife >60, rez. Gelenksteife
Labor: BSG, CRP, BB, klinische Chemie
Ggfls. Röntgen (OA?, Fraktur?)
palpable Gelenkschwellung
ohne Trauma, Infekt …
nein
ja
Verlaufsbeobachtung
ggfls. symptomatische Therapie mit NSAR
>2 Gelenke, >6 Wochen
BSG/CRP ↑
o. andere Ursache, z.B. Infekt
Rö: OA
Osteoarthrose
NSAR, physik. Th., Orthopädie
<6 Monate, BSG/CRP ↑
≤ 2 Wo.
≤ 3 Mo.
Überweisung zum Rheumatologen
(ggfls. überbrückende Therapie mit NSAR)

Röntgen	Bei klinischem Verdacht auf eine RA dorsovolare Aufnahmen (ggfs. Schrägaufnahmen) von beiden Händen und Füßen. Ausgangsbefund für die weitere Verlaufsbeurteilung.
Sonographie	Nachweis von Gelenkergüssen, synovialer Proliferation, Tenovaginitiden, Erosionen. In der Hand des erfahrenen Untersuchers vor allem aufgrund ihrer Verfügbarkeit und einfacheren Durchführbarkeit eine wichtige Ergänzung des klinischen Befundes.
Szintigraphie	Nachweis und Verteilung von Zonen gesteigerten Knochenstoffwechsels unabhängig von deren Ursache (nicht spezifisch für RA). Indikationsstellung durch Rheumatologen.
MRT	Hochsensitive und hochauflösende Bildgebung zu Struktur und Funktion von Knochen, Gelenken, Sehnen und Muskeln. Kein Routineverfahren. Indikationsstellung durch Rheumatologen.

Blutsenkung (BSG)	häufig erhöht bei der (unbehandelten) RA, aber unspezifisch (auch bei Anämien, anderen entzündlichen Erkrankungen)
C-reaktives Protein (CRP)	quantitativ genauer und schneller im Verlauf als die BSG, reflektiert besser die sog. Akut-Phase-Reaktion (Krankheitsaktivität), ansonsten aber genauso unspezifisch wie die BSG.
Blutbild	bei länger dauernder aktiver Erkrankung: Entzündungsanämie (normochrom oder hypochrom, normozytär, Thrombozytose)
IgM-Rheumafaktor (RF)	positiv bei 65–80 % der RA-Patienten; 55-85% **bei ERA**. Spezifität ca. 80% da auch bei Kollagenosen, Virushepatitiden, Malignomen und (selten, niedrig) auch bei Normalpersonen nachweisbar.
Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide/Proteine (ACPA)	hochspezifisch für die RA (>95%) und dabei genauso sensitiv (64-86%) wie der Rheumafaktor. Kann schon vor klinischer Manifestation einer RA positiv sein und ist bei Vorliegen einer frühen Arthritis hoch-prädiktiv für einen chronischen (RA) und prädiktiv für einen erosiven Verlauf.
Urinuntersuchung	Ausschluss einer Hämaturie, Proteinurie als Hinweis für andere Erkrankungen (z.B. Kollagenosen)
Antinukleäre-Ak (ANA)	differentialdiagnostischer Hinweis für Kollagenosen (z.B. SLE), schwach positiv auch bei der RA oder Normalpersonen
Antineutrophilen-Cytoplasma-Ak (ANCA)	differentialdiagnostischer Hinweis für Vaskulitiden (z.B. M. Wegener)
HLA-B27	differentialdiagnostischer Hinweis für Spondyloarthritiden
Harnsäure/Gelenk-punktat	Abgrenzung zur polyartrikulären Gicht (selten) und infektiösen Arthritiden (meist einzelne, große Gelenke)